FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

N° 178

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Annette MAURY-KARCHER

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Saint-Dié le 11 Juillet 1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT AMBULATOIRE DE L'ENDOCERVICITE CHRONIQUE PAR LE CAUSTIQUE DE FILHOS

Président : J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard Saint-Germain, 93

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Annette MAURY-KARCHER

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
Née à Saint-Dié le 11 Juillet 1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT AMBULATOIRE DE L'ENDOCERVICITE CHRONIQUE PAR LE CAUSTIQUE DE FILHOS

Président : J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, Boulevard Saint-Germain, 93

1933

LE DOYEN..... M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT. CUNÉO. GRÉGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN ..... Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale.
BRULÉ ..... Pathologie médicale.
BUSQUET ..... Pharmacologie.
CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
CATHALA ..... Pathologie médicale
CHABROL..... Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
CHAVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT ..... Pathologie médicale.
ÉCALLE ..... Obstétrique.
FEY ..... Urologie.
GASTINEL ..... Bactériologie.
GATELLIER .... Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
GIROUD ..... Histologie.
HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER..... Pathologie médicale.
HAZARD ..... Pharmacologie.
HUGUENIN .... Anatomie pathologique.
HUTINEL ..... Pathologie médicale.
JOANNON ..... Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN ..... Pathologie médicale.
MONDOR ..... Pathologie chirurgicale.
MOREAU ..... Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOURE ..... Pathologie chirurgicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique.
OLIVIER..... Anatomie.
PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
PORTES ..... Obstétrique.
QUÉNU ..... Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils .... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SÉZARY ..... Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER ..... Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur)..... Pathologie médicale.
VAUDESCAL .... Obstétrique.
VELTEP ..... Ophtalmologie.
VIGNES ..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX ..... Obstétrique.
LEROUX..... Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER .... Histologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N...	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GÉNUIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MARI

A MON FRÈRE
LE DOCTEUR HENRI KARCHER

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A. M. le Professeur J. L. FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique
Médecin de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a consenti à présider cette Thèse, tous mes remerciements, et l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

A M. le Professeur RATHERY

Professeur de Clinique Thérapeutique
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Pitié

Avec toute ma reconnaissance.

A M. le Docteur V. LE LORIER

Professeur agrégé à la Faculté
Professeur accoucheur en Chef à la Maternité

En témoignage de mes sentiments les plus dévoués.

A M. le Docteur PROUST

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Laënnec

En témoignage de ma gratitude
et de mon profond attachement.

A M. le Docteur GATELLIER

Professeur agrégé à la Faculté

En reconnaissance de l'intérêt qu'il n'a cessé de nous manifester.

A M. le Docteur HARVIER

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Beaujon

Avec mes sentiments les plus dévoués.

A M. le Docteur HALLÉ

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

Avec toute ma reconnaissance.

A M. le Docteur POULIOT

Qui a bien voulu me fournir les éléments de cette Thèse et me faire profiter de sa grande expérience, avec mes plus vifs remerciements et l'expression de ma profonde gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

A M. le Professeur DUVAL
A M. le Professeur WIDAL (*In Mémoriam*)
A M. le Professeur LECÈNE (*In Mémoriam*)
A M. le Professeur RATHERY
A M. le Professeur LAUBRY

Externat

1928-1929. A M. le Professeur PROUST
1929-1930. A M. le Professeur HARVIER
1931. A M. le Professeur LE LORIER
1931-1932. A M. le Docteur HALLÉ
1932-1933. A M. le Professeur RATHERY

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce travail, à propos du traitement de l'endocervicite chronique par le caustique de Filhos, d'exposer la technique particulière du Dr Pouliot et d'en tirer les enseignements qu'elle comporte sur l'inocuité absolue de ce procédé et les remarquables résultats qu'il donne.

Depuis que Richelot remit en honneur, vers 1900, le caustique de potasse et de chaux créé en 1842 par Filhos pour Amussat ce mode de traitement a rallié bien des partisans et suscité de nombreux travaux tendant à la vulgariser.

En dehors des communications, articles et thèses, l'éloge de Filhos, a été fait par J.-L Faure, Douay, Siredey, Forgue et Hartmann, dans leurs traités.

Cependant, à l'heure actuelle, le caustique compte bien des détracteurs car il a été publié de nombreux cas d'atrésie et de graves dystocies consécutives à l'application du Filhos (Vermeulin, *Société d'Obstétrique*, 1928, Brindeau et Devé, *Société de Gynécologie de* Paris, juillet 1928, etc.).

De plus, chez des malades antérieurement atteintes d'annexites, il a été signalé à la suite des cau-

térisations des poussées inflammatoires intenses pouvant aller jusqu'à la crise de pelvipéritonite.

La crainte de pareils accidents explique la méfiance qu'inspire le Filhos à certains gynécologues.

Un autre reproche, souvent adressé au caustique, est que son application nécessite la prescription d'un repos prolongé, difficile à faire admettre aux patientes, surtout à celles des consultations d'hopital ou de dispensaires.

Klein, dans sa thèse, ne dit-il pas « qu'il faut refuser le traitement aux femmes qui déclarent être dans l'impossibilité de l'observer. »

Il y a un an environ dans sa communication sur le traitement de métrites cervicales chroniques par l'électro-coagulation Gagey reproche au Filhos l'inconvénient de nécessiter un repos d'au moins 6 semaines.

C'est dans le Service de notre Maître le Professeur Le Lorier d'abord à la Maternité de Boucicaut puis à Port-Royal, que le Docteur Pouliot nous a appris qu'il était possible de traiter l'endocervicite par le caustique de Filhos en mettant les patientes à l'abri de toute espèce d'accidents et sans les obliger à observer un repos si difficile à obtenir.

Nous voulons donc, après un rapide exposé des autres méthodes thérapeutiques actuellement employées, décrire une technique du Filhos que de multiples observations avèrent absolument inoffensive et dont les résultats thérapeutiques se sont toujours montrés remarquables.

CHAPITRE I

Nous avons souvent été frappés dans les différentes consultations gynécologiques que nous avons eu l'occasion de suivre par le nombre de femmes (près de 80 % des consultantes) atteintes de métrites du col. Et même, en l'absence de métrites totales ou de réactions annexielles, cette endocervicite constitue une infirmité pénible qui retentit souvent non seulement sur l'état général mais sur l'état psychique des malades.

C'est surtout dans la clientèle de ville que l'on voit de ces femmes pour lesquelles de continuelles pertes purulentes deviennent une cause de dépression neurasthénique.

De plus, bien des femmes atteintes de métrites du col demeurent stériles. Souvent d'ailleurs, alors que de gros cols métritiques ectropionnés présentant un écoulement abondant, ne sont pas un obstacle à la fécondation, ce sont des métrites légères avec petit col conique et érosion minime qui, du fait de l'obstruction du canal cervical par des sécrétions glaireuses, constituent l'unique cause de stérilité.

Nous voyons donc quel intérêt il y a à traiter ces cols, tarir leurs sécrétions et leur rendre leur perméabilité.

Nous n'avons pas l'intention (ces faits ayant été longuement exposés dans des travaux antérieurs) de donner une description clinique de la métrite cervicale, ni d'en exposer l'anatomie pathologique. Qu'il nous suffise de distinguer dans cette affection deux ordres de lésions qu'il est nécessaire de séparer :

D'abord *l'exocervicite* caractérisée par une érosion du museau de tanche dont on vient facilement à bout avec des crayons des ovules, ou mieux encore quelques attouchements au nitrate d'argent.

Ensuite et surtout *l'endocervicite* constituée par une lésion de la muqueuse du canal cervical, cette muqueuse épaissie, infectée contient dans sa profondeur des glandes hyperplasiées ramifiées ayant une sécrétion abondante visqueuse glaireuse ou purulente.

Souvent d'ailleurs, et plus particulièrement dans les cervicites blennoragiques l'importance de l'endocervicite n'est nullement fonction de celle de l'exocervicite. Et l'on peut voir des cols d'aspect normal dont l'expression par les valves du spéculum fait jaillir des glaires abondants (c'est cette manœuvre que M. Guillemin a appelé la « traite du col »).

Dans ce cas, un hystéromètre introduit par un orifice externe souvent étroit, arrive dans une cavité cervicale élargie et bourrée de sécrétions purulentes. Ces sortes de cols réalisent la variété dite en barillet.

Il est facile de se rendre compte que l'endocervicite ne peut être améliorée par des topiques ou désinfectants introduits dans le vagin, on ne pourra espérer la guérir qu'en *détruisant* la muqueuse hyperplasiée du canal cervical.

Nombre de procédés tendent à ce but. Énumérons rapidement les plus employés :

La chirurgie s'est attachée à ce problème et l'a résolu par l'excision de la muqueuse malade. Le procidé couramment employé est celui de Sturmdorf qui consiste à pratiquer un évidement conoïde du col et ensuite une invagination de la gaine vaginale dans la cavité cervicale avec suture par double point en U

Cette opération, excellente en théorie, laisse souvent en réalité des cols rigides, sténosés, coudés (voir Thèse de M. Cabaille) impropres à la fécondation ou si celle-ci est possible de pareils cols exposent les malades aux avortements.

Le *galvanocautère* a été surtout employé aux États-Unis et de nombreux auteurs tels que Holden, Dickinson, Payne, Harriman, ont publié des observations relatant d'heureux résultats obtenus par ce mode de traitement. On emploie une anse de galvanocautère avec laquelle on pratique des scarifications linéaires rapprochées en partant de l'orifice interne et se dirigeant vers le museau de tanche. Ces scarifications doivent être exécutées très rapidement en faisant le tour de la surface du canal cervical.

D'autres praticiens tels que Hunner emploient

le *thermocautère*, on chauffe alors le couteau de platine à un degré plus élevé que le rouge sombre, on l'introduit très rapidement jusqu'à l'orifice interne et on le retire immédiatement. Trois séances suffisent, on pratique une séance par semaine. Ces procédés ne sont guère employés en France, bien que M. J. Dalsace les préconise encore. M. Siredey, en particulier leur reproche d'engendrer des sténoses.

La *diathermie* est certainement moins dangereuse pour le col que les méthodes précédentes. Celle-ci emploie des courants de haute fréquence d'une intensité d'environ 2.500 milliampères avec une électrode active chauffée aux environs de 45°.

Cette électrode remplit le vagin, les culs-de-sac et entoure le col. Sa densité électrique étant très faible à son niveau, il ne se produit pas d'action destructrice, mais un échauffement des tissus vaginaux et cervicaux. Cet échauffement aurait une action fibrolysante et surtout microbicide.

L'action bactéricide n'est pas due seulement à la chaleur développée, mais aux oscillations électriques engendrées par les courants de haute fréquence qui agissent par effet vibratoire de résonnance cellulaire (Thèse de Cabaille).

Cette méthode expose les malades à des réactions annexielles intenses si elles ont des lésions salpingiennes qui ne sont pas parfaitement refroidies.

De plus, bien des femmes ne supportent pas la température de 45° requise, et se plaignent de douleurs intenses dans le bas-ventre.

La diathermie d'ailleurs ne permet pas d'obtenir une cure radicale de l'endocervicite. Elle ne tarit pas complètement les sécrétions, elle est utilisée plutôt comme traitement préparatoire à des interventions plus énergiques.

Plus employée est l'*électro-coagulation* qui comporte des succès intéressants. Voyons rapidement en quoi consiste cette méthode.

Elle utilise la propriété qu'ont les tissus vivants de s'échauffer au passage du courant. Si l'on emploie une électrode à section minime, telle qu'une pointe métallique, on obtient au niveau de cette électrode une densité électrique telle que les tissus voisins subissent un échauffement amenant la coagulation de leurs albumines.

Cette coagulation sera surtout marquée au voisinage immédiat de l'électrode active, mais elle se propagera dans les tissus compris dans le cône sous-jacent, cône dont le sommet est à la pointe de l'électrode active et la base à l'électrode indifférente.

Dans *l'électro-coagulation unipolaire*, une seule électrode active est utilisée pour la coagulation des tissus inter-cervicaux, l'autre électrode, dite indifférente, est placée dans la région abdominale ou lombaire.

L'escharre mettra plusieurs semaines à se détacher et laissera à sa place une cicatrice souple ne produisant pas d'atrésie.

L'inconvénient de cette méthode tient à une différence de conductibilité de la muqueuse du col, selon la résistance des tissus la coagulation s'étendra plus ou moins

profondément. Il sera donc très difficile de déterminer à l'avance l'étendue en profondeur de la coagulation que l'on se propose d'effectuer. Celle-ci, par endroit, restera purement superficielle, alors qu'elle sera trop pénétrante ailleurs.

D'où possibilité de cicatrices inégales et de persistance d'ilots de muqueuses malades qui pourront réinfecter le canal

C'est pour parer à ces inconvénients et tenter de limiter la coagulation qu'on a pratiqué *l'électro-coagulation bipolaire* à 2 électrodes actives (électrodes à pointes de Walter).

La coagulation se produit alors entre les deux électrodes au niveau de chaque pointe métallique suivant un demi ellipsoïde qui ne dépasse pas 1 mm 1/2 de profondeur.

L'application des électrodes n'excèdera pas 5 secondes. Le gros écueil de la méthode est que pratiquement l'application de deux électrodes dans la cavité cervicale, est très délicate, pour ne pas dire impraticable. Il sera donc impossible, par cette méthode, de détruire jusqu'à l'orifice interne de la muqueuse du canal cervical. Tout au plus pourra-t-elle être utilisée pour la cure des ulcérations de l'exocervicite ou du bourrelet ectropionné de la muqueuse cervicale, traitant ainsi ce qui n'en a pas besoin, et négligeant l'indispensable c'est-à-dire l'endocervicite.

La *congélation* par le *cryocautère* produit une cicatrice souple n'amenant jamais d'atrésie.

La cryothérapie utilise le refroidissement produit

par la neige carbonique. Cette neige est recueillie par détente de l'acide carbonique liquide contenu dans des cylindres à la pression de 50 atmosphères et donne une température de – 80°.

Le traitement des métrites du col par la neige carbonique a été préconisé par Bizard et Rabut qui utilisent pour leurs applications le cryocautère de Lortat-Jacob muni de sondes utérines.

Ces sondes sont de trois sortes : une endo-utérine à extrémité effilée, une seconde à extrémité sphérique pour traiter les ulcérations de l'endocervicite, la troisième (sonde du Dr de Beaufond) de forme intermédiaire entre les deux sondes précédentes, possède une extrémité sphérique surmontée d'un embout effilé.

Pour traiter une endométrite par la cryothérapie, on aura soin tout d'abord d'assécher le col et de le débarrasser des mucosités qu'il peut contenir. On introduit l'extrémité de la sonde par l'orifice du col et rapidement, pour éviter un accolement de l'embout sur les lèvres du col, on fait pénétrer le segment intra-utérin. La durée d'application est variable (d'une minute environ), les parois du col étant humides, il se produit par coagulation une forte adhérence entre elles et la sonde, dès que cette adhérence est constituée, il faut arrêter l'application, pour ce faire, on imprime d'un coup sec une rotation d'un quart de tour à la rondelle de fermeture de l'appareil solidaire de la sonde quelle entraîne. La sonde est alors libérée, et pour la retirer, on tire doucement,

en continuant à tourner. Le canal cervical apparaît alors comme un petit tunnel aux parois blanches et rigides. Cette congélation disparait assez rapidement, et l'on voit apparaître un léger suintement séreux ou séro-sanguin qui peut persister pendant 48 heures.

M. Dandinian dans sa thèse recommande d'attendre 10 jours avant de pratiquer une autre séance.

Cette méthode, qui nécessite un matériel encombrant et coûteux, ne permet pas d'obtenir une cure radicale des lésions, avec assèchement du canal, car elle ne produit pas de destruction profonde de la muqueuse.

De plus, le froid n'étant pas bactéricide, la cryothérapie n'est pas indiquée dans les métrites récentes et surtout dans les métrites blennorragiques.

Le Dr Pouliot nous a signalé de plus que la congélation, employée en sa présence à la consultation de gynécologie de l'Hôpital Boucicaut, détermina des réactions annexielles dans des cas où il estime que le caustique de Filhos aurait été bien toléré.

Nous voyons donc que la cryothérapie à le grave inconvénient de ne pas amener de guérison totale de l'endocervicite et qu'elle peut être dangereuse pour la trompe.

Signalons également la méthode de M. Poincloux et de M. Basset de vaccination par la porte d'entrée qui consiste à produire une immunité locale tissulaire en injectant la substance immunisante dans l'intimité des tissus avec les germes qui s'y abritent.

Pour ce faire, ces auteurs se servent de stocks vaccins qu'ils injectent une ou deux fois par semaine avec une seringue spéciale munie d'une aiguille montée sur une prolonge (prolonge de Bensaude).

A chaque séance, on injecte d'abord dans la lèvre antérieure du col, puis deux dans la lèvre postérieure, un demi quart de cm^3.

Si le vaccin est bien spécifique, et s'il est bien injecté au niveau de la porte d'entrée de l'infection, il se produit dans les heures qui suivent l'injection, une réaction souvent extrêmement violente et fort désagérable pour la malade, avec température à 40°, frissons et vomissements.

La vaccination de Basset-Poincloux s'adresse d'ailleurs beaucoup plus aux lésions de périmétrite et d'annexite, qu'à la métrite elle-même. Si elle peut, au prix d'ailleurs d'un choc excessif, améliorer considérablement la première, elle n'a qu'une action adjuvante dans le traitement de l'endocervicite. Elle n'atteint pas le but indispensable : destruction et rénovation de la muqueuse infectée.

Quant aux vaccinations générales, il est facile de comprendre qu'elles n'ont aucune espèce d'action sur les lésions d'endocervicite.

Ces différentes méthodes rapidement passées en revue, ne peuvent être, d'après ce que nous avons vu d'un usage courant, et les résultats thérapeutiques ne sont pas constants.

Il faudra donc recourir au Filhos, qui reste dans le

traitement de l'endométrite le seul agent actif, fidèle et facilement maniable.

Nous allons prouver qu'en l'appliquant selon la méthode du Dr Pouliot, le caustique, tout en étant d'une efficacité parfaite est de plus parfaitement *inoffensif*

Tout d'abord, qu'est-ce que le Filhos ?

Le Néo-Filhos, le Perdriel, au point de vue de sa composition n'est autre que le caustique créé par Filhos à qui Amussat avait demandé de trouver un moyen pour empêcher la potasse de se liquéfier au contact de l'air (voir Thèse de M. Macron) Filhos y ajoute de la chaux qui retient entre ses molécules la potasse pour empêcher sa diffusion. La caustique comprend deux parties de potasse et une de chaux.

En 1902, Richelot le fait préparer sous forme d'un cylindre de 9 millimètres de diamètre sur 1 millimètre de longueur, monté sur un socle en plomb à base aplatie en forme de palette, afin d'être saisie entre le mors d'une pince.

Il y a quelques années, M. Mouchotte fit apporter une nouvelle modification en dotant le crayon d'un axe métallique, afin de le rendre moins fragile.

Et, récemment sur la demande du Dr Pouliot, Le Perdriel tripla le diamètre de la palette de plomb, afin qu'elle puisse être saisie et tenue plus solidement entre les mors de la pince.

La potasse et la chaux qui composent la caustique agissent en brûlant, détruisant la muqueuse et en mortifiant les tissus avec mise à nu des glandes in-

fectées et formation d'une escharre qui mettra une dizaine de jours à tomber. Le processus de réparation s'effectuera en tissus sains.

Examinons maintenant quels accidents l'emploi du Filhos peut provoquer :

Nous les diviserons en *primitifs*, *secondaires* et *tardifs*.

Les accidents *primitifs* ou immédiats contemporains de la cautérisation se réduisent à fort peu de chose.

Ce sont d'abord des douleurs qui affectent le type de coliques utérines, elles sont très variables suivant les individus, leur nervosité, leur pusillanimité, les femmes jeunes sont d'ailleurs généralement moins sensibles.

Ces douleurs sont comparées à celles de la menstruation presque nulles chez des femmes ayant des règles indolores, elles sont parfois assez intenses chez celles atteintes de dysménorrhée. On se trouvera bien dans ce cas de prescrire l'ingestion d'une capsule de Rhodazil généralement efficace.

De plus, un massage vibratoire sur le bas-ventre après la cautérisation soulagera ces malades.

Certaines peuvent présenter des tendances lypothymiques qui cèdent assez facilement au décubitus dorsal.

Les hémorragies sont presque toujours insignifiantes, une dizaine de jours après la cautérisation au moment de la chute de l'escharre, il se produit un suintement de sang se réduisant généralement à

fort peu de chose, mais qui parfois atteint l'abondance de fortes règles.

Les accidents *secondaires* sont plus sérieux survenant en général dans la même semaine qui suit la cautérisation, ce sont des accidents d'ordre *inflammatoires*. En effet, la formation d'un escharre dans un milieu septique est susceptible d'être le point de départ de réactions à distance dont la gravité sera fonction de l'état antérieur des trompes.

Chez les malades n'ayant jamais présenté de lésions salpingiennes, ces phénomènes inflammatoires sont bénins, ils se réduisent à une cellulite latéro-utérine siègeant à l'étage inférieur du ligament large et se résolvant rapidement même en l'absence de tout traitement.

Mais chez les femmes présentant des lésions annexielles mal refroidies et qu'on a le tort de cautériser, il peut se produire une poussée de salpingite qui peut aller jusqu'à la crise aiguë de pelvépéritonite. C'est la crainte de ces accidents qui a amené bien des médecins à exiger de leurs malades un repos plus ou moins absolu dans les jours suivant la cautérisation.

M. Guillemin en 1920 était très exigeant sur ce point, à toute femme ayant eu une lésion annexielle même parfaitement refroidie, il imposait le repos au lit pendant tout le traitement qui durait parfois jusqu'à six semaines.

Les femmes dont les trompes étaient parfaitement saines étaient autorisées à un lever de quelques heures au bout d'une semaine.

Actuellement, M. Guillemin est moins strict, il se contente de prescrire un repos au lit de 4 jours.

M. Douay ne réclame l'alitement que le jour de la cautérisation avec repos à l'appartement le lendemain.

Nous verrons par la suite que, à condition de cautériser seulement les femmes dont les lésions annexuelles sont refroidies, et ne se conformant à la technique que nous nous proposons de décrire, on peut, sans craindre aucune poussée inflammatoire, autoriser les malades à mener leur vie habituelle pendant le traîtement.

Les accidents *tardifs* sont plus fréquents, presque tous d'ailleurs étant dus à une technique défectueuse. Ils consistent en oblitération du col, et là, il nous faut séparer radicalement les oblitérations précoces des tardives ou cicatricielles.

Les *oblitérations précoces* constituent un incident banal et sont souvent les conséquences d'une action trop profonde du caustique. Elles n'engendrent jamais de sténose cicatricielle proprement dite et ne seront pas cause de dystocie ; elles suivent, en général, la chute de l'escharre et sont dues soit à un accollement fortuit des lèvres du col, soit à une réparation trop exubérante de la muqueuse, car seule la muqueuse est en cause.

Les bourgeons épithéliaux devenus coalescents, se soudent et ceci uniquement au niveau de l'orifice externe produisant une véritable agglutination de cet orifice. Cet incident se voit surtout quand on a

eu affaire à un col étroit de nullipare sur lequel on a pratiqué une cautérisation trop timide.

Dans certains cas, cette agglutination rendant absolument imperméable l'orifice externe produit l'hématométrie. Le docteur Pouliot nous a communiqué l'observation suivante d'une malade ayant eu de l'hématométrie, après sa première application.

Observation n° 1. — *Hématrométrie après la première application de Filhos* (Inédite. Docteur Pouliot).

Madame Sou, couturière, 2e pare, est accouchée le 7 avril 1926. Elle vient consulter le 28 juin de la même année, pour des règles trop abondantes survenues le 21, consécutives au retour de couches qui a eu lieu le 20 mai. Cette ménorragie contraste avec les règles antérieures à la 2e grossesse, qui étaient au contraite peu abondantes.

A l'examen, l'utérus est en rétroflexion très accentuée sans métrite, il n'existe pas de lésions annexielles.

On conseille le décubitus ventral et des injections salées. La malade améliorée, ne revient consulter que le 10 mars 1930. Elle accuse alors des douleurs pelviennes gauches, aggravées par l'exercice et par l'approche des règles. Celles-ci sont normales, mais il y a une grosse leucorrhée intermenstrielle.

La rétroflexion a falt place à une rétroversion simple mais le col est largement érodé. Il y a un empatement diffus du cul-de-sac latéral gauche avec vive douleur au niveau de la corne.

Traitement : injection tiède de liqueur de Labarraque, lavements chauds à garder avec antipyrine et pyramidon, ovules au vioforme un jour sur deux.

Le 17 avril 1930 : amélioration subjective nette. A l'examen, on trouve le cul-de-sac gauche à peu près dégagé, mais il y a de la sensibilité de la corne droite.

Même traitement, avec substitution de suppositoires mercuriels aux ovules au Vioforme.

Le 28 avril 1930 : Toute réaction inflammatoire a disparue. Première application de Filhos.

Le 12 mai 1930 : L'escharre n'est pas encore tombée, la suppuration est abondante. Pansement au Mercurochrome.

Le 3 juin 1930 : La malade attendait ses règles le 27 mai. Elle n'a rien vu venir, mais souffre violemment des reins et de l'hypogastre.

A l'examen, l'utérus est gros, il n'y a aucune réaction annexielle, mais le col est obstrué par un volumineux bourgeon charnu.

Dilatation du col, très facile, avec les bougies cylindo-coniques 2-4, 3-5, 4-6, suivi de badigeonnage intra-cervical au mercurochrome.

Entre temps, il s'est écoulé un verre à bordeaux environ de sang noir et poisseux.

23 juin 1930 : Les règles étaient attendues ce matin ; elles sont, comme la dernière fois, remplacées par de vives douleurs. Le col présente le même aspect, à cette différence que le bourgeon qui l'obstrue au lieu d'être charnu est devenu fibreux. Le calibrage du col est de ce fait sensiblement plus difficile.

27 juin 1930 : Les règles se sont, après la dilatation, écoulées normalement. La malade devant bientôt partir en vacances, insiste pour que le traîtement soit mené rondement.

Deuxième application de Filhos, prolongée jusqu'à teinte franchement noire des tissus. Pansement immédiat au mercurochrome.

6 juillet 1930 : Le canal cervical forme un large cratère, l'escharre est bien détachée. Badigonnage au mercurochrome.

La malade part en vacances pour trois semaines.

1 août 1930 : Les règles se sont très bien passées le 20

juillet. Le col a très bon aspect, mais n'est pas encore cicatrisé. Attouchement au chlorure de zinc (1/10).

4 septembre 1930 : La cicatrisation du col est parfaite. L'épreuve de la pince est négative. En août, les règles sont normales.

20 décembre 1930 : La malade se déclare tout à fait bien. A part sa rétroversion, elle est normale. L'orifice cervical est un peu étroit, mais parfaitement souple.

Le remède de l'hématrométrie est donc très simple ainsi que nous l'avons vu dans l'observation précédente. Il suffit de perforer la mince membrane épithéliale qui obture l'orifice externe et ceci, à l'aide d'une bougie de Hégard cylindro-conique, le sang des règles s'écoulera abondamment. On recalibrera ensuite sans difficulté le col par le passage de bougies d'un diamètre croissant. Il sera nécessaire de pratiquer une nouvelle cautérisation pour détruire la muqueuse, dont le bourgeonnement exagéré avait donné lieu à l'incident.

Tout récemment, M. Pouliot a observé un cas de pyométrie relevant de la même pathogénie. En voici l'observation inédite.

Observation n° 2. — « *Pyométrite, après traitement au Filhos d'une métrite senile* » (Inédite. Docteur Pouliot).

Madame G. M... âgée de 69 ans est venue consulter à la fin de juin 1932 pour un prolapsus utérin qu'elle ne constate que depuis le début de l'année. Le périnée est pourtant effrondré depuis le premier et unique accouchement vieux de 32 ans, mais l'utérus qui est resté en place

après ce désastre obstétrical et même après l'épreuve de la ménopause, ne s'est ptosé qu'au cours d'une métrite sénile, en pleine évolution.

Le col apparaît à la vulve, il est largement érodé et cette érosion s'étend presque jusqu'aux culs-de-sacs vaginaux.

On refoule l'utérus : on le maintient avec un tamponnement dont la compresse la plus profonde a été enduite de pommade à l'aristol à 1/10.

Ce pansement est renouvelé tous les deux jours jusqu'au 8 juillet, date à laquelle on fait une forte application de caustique de Filhos.

Vu l'âge de la malade qui exclut le risque de dystocie ou d'hématométrie, on ne fait suivre la cautérisation d'aucune des précautions habituelles ; donc pas d'attouchement à l'acide tartrique ni de lavage.

18 juillet 1932 : Il existe une forte escharre qu'on détache en bloc à la pince sous forme d'un épais cylindre membraneux sphacélé. Badigeonnage au Mercurochrome. Injections biquotidiennes, l'une au sulfate de cuivre, l'autre au tannin.

1 août 1932 : Le col est en bon état, il se cicatrise, on y passe deux bougies enduites d'iodargol.

Le prolopsus a considérablement diminué.

29 août 1932 : Le col à tendance à s'atrésier, son orifice est cependant perméable. Le propalsus n'existe plus guère

La malade reviendra dans trois mois.

5 novembre 1932 : Elle revient un peu plut tôt qu'elle n'avait prévu, sur le conseil du médecin traitant qui, ne trouvant aucune explication plausible a un état subfébrile persistant, soupçonne d'autant plus volontiers une complication génitale que Madame M... accuse une douleur sourde continue dans la fosse iliaque gauche et dans le pelvis.

Au toucher, l'utérus forme une énorme masse remplissant toute l'excavation, remontant à un travers de main au-dessus du pubis. Il se prolonge à gauche par une masse transversale qui semble bien être la trompe.

Au spéculum le col volumineux ne présente aucun orifice à l'emplacement de l'orifice externe, il n'y a qu'une petite dépression à peine marquée.

C'est là que prudemment on introduit en se laissant guider par les tissus, une bougie de Hégar n° 1, quand on la retire il sourd quelques gouttes de pus, qui se transforment en un véritable jet après le passage d'une bougie cylindro-conique n° 2-4. On peut évaluer à trois quart de litre la quantité de pus infecte qui s'écoule.

Avant la fin de l'écoulement, on prend une pipette du pus qui se trouvera ne contenir que du colibacille à l'état pur ; on mesure aussi la cavité utérine à l'hysteromètre : 14 cm.

En l'absence de tout autre drain, on place dans le col un tube de Douay.

8 novembre 1932 : (trois jours après) : l'écoulement purulent est insignifiant : retrait du drain ; badigonnage intra-utérin à l'iodargol.

Pendant ce temps, le laboratoire Bréant prépare avec les colibacilles de la malade un auto-osmo-vaccin qu'à la demande du docteur Pouliot, il incorpore dans des crayons médicamenteux.

12 novembre 1932 : Premier pansement à l'auto-vaccin. Un faisceau de trois crayons est introduit dans la cavité utérine.

De trois jours en trois jours, les pansements sont continués, avec 2 puis avec 1 crayon à l'osmo-vaccin. Il en est fait en tout 6.

30 novembre 1932 : L'utérus est revenu à des dimensions à peu près normales. Le prolapsus très peu accentué, le col facilement perméable. On cesse tout traitement sauf des injections bihebdomadaires à l'eau salée.

20 décembre 1932 : La malade peu-être considérée comme actuellement guérie. Le canal cervical reste largement perméable. Néanmoins il faudra le recalibrer pendant plusieurs mois.

Les *oblitérations tardives* se constituent 20 à 30 jours après la cautérisation ; elles se distinguent nettement des accidents précédents .L'atrésie qui en résulte, ainsi que l'a démontré Dupont, est due à ce que l'action du caustique a dépassé la muqueuse et atteignant la musculeuse a amené la destruction des éléments contractiles, il en résulte une cicatrice rétractile qui ne sera plus limitée, comme dans le cas précédent à l'orifice externe, mais portera parfois sur toute la superficie du canal cervical. Cette atrésie est la conséquence de cautérisations trop prolongées ou trop nombreuses. Elle a une évolution progressive et peut rester ignorée si la malade n'est pas surveillée, car dans ce cas la lumière du canal n'était pas entièrement obstruée il ne se produit pas d'hematométrie qui serait susceptible d'attirer l'attention. De plus, l'orifice externe étant perméable, la conception qui est possible expose la malade à de graves dystocies lors de l'accouchement. Dans les cas favorables d'atrésie limitée en profondeur, seule la dilatation ne s'effectue pas et il suffira de pratiquer des incisions du col pour que l'accouchement se termine normalement.

Dans d'autres cas, l'étendue de la cicatrice, la destruction des fibres musculaires du canal rendent impossible toute dilatation, l'accouchement ne peut se terminer et on est obligé de recourir à la césarienne.

En mai 1924, devant la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, lorsque M. Guillemin reprit l'exposé de sa thèse des accoucheurs donnèrent

lecture d'observation de cas d'atrésie ayant succédé aux applications de Filhos. M. Cathala cite un cas de dystocie due à une atrésie provoqué par 4 cautérisations. M. Couvelaire sur 8 cas d'atrésie a été obligé de pratiquer 2 césariennes.

M. Devraigne également a rencontré 3 cas d'atrésies successives.

A la Société d'Obstétrique du 15 février 1928, M. Vermeulin de Nancy signale un cas d'atrésie du col après cautérisation avec éclatement spontané au cour d'un avortement. Ajoutons que la malade en question avait subi 8 cautérisations au Filhos.

Nous voyons donc la gravité des risques qui peuvent faire courir aux malades des cautérisations exécutées suivant une technique défectueuse et que dans les cas précédents le remède est pire que le mal.

Devra-t-on renoncer pour cela au caustique du Filhos et laisser sans traitement effectif de nombreuses femmes en les condamnant souvent de plus à la stérilité. « On aurait autant de motifs de proscrire la chirurgie, a écrit le Dr. Pouliot, sous prétexte que rien n'est plus dangereux qu'un bistouri entre les mains d'un ignorant ou d'un maladroit ».

Il nous reste donc à démontrer que tous ces accidents loin d'être fatals ou fortuits sont au contraire évitables et qu'il est possible de rendre le Filhos inoffensif sans pour cela qu'il soit moins actif, bien au contraire.

Et, tout d'abord, il conviendra de ne point méconnaître certaines *contre-indications* du traitement. En

premier lieu, la plus formelle de toutes, qui est sans aucun doute la *grossesse*, à laquelle il faut toujours penser.

Pour cela, une bonne précaution consiste à pratiquer les cautérisations seulement dans les jours qui suivent les régles. Il faudra se rappeler également, si l'on est amené à pratiquer une deuxième cautérisation, que la fécondation survient fréquemment dans les jours qui suisent une première application du Filhos.

Celle-ci n'amène pas immanquablement un avortement, mais elle comporte un risque sérieux que l'on n'a pas le droit de faire courir.

L'observation suivante montre combien il est nécessaire de toujours suspecter la possibilité d'une grossesse avant de pratiquer une cautérisation, et qu'à ce sujet, il ne faut pas toujours se fier aux déclarations des malades.

Observation n° 3. — *Avortement gemellaire après application de « Filhos »* (Inédite. Dr. Pouliot).

Mme X,,, se présente en mai 1927 à la consultation de Gynécologie, à laquelle ses fonctions l'ont fait maintes fois assister ce qui l'a abondamment renseignée sur les réponses à faire aux questions qui lui seront posées.

Elle apparaît alors comme une deuxième pare, très bien réglée depuis son dernier accouchement remontant à trois ans, ne souffrant jamais du ventre, mais ayant une leucorrhée glaireuse tenace.

A l'examen : utérus un peu gros en position normale,

gros col fortement érodé et saignant au moindre contact. Annexes non perçues.

Après 3 semaines de traitement par injections au sulfate de cuivre et ovules à l'argyrol, elle revient disant avoir eu ses règles normales, comme date, durée et quantité.

Personnellement connue du corps médical du service, elle est crue sur parole.

1er cautérisation au Filhos le 12 juin : Pansement (attouchement au Chlorure de zinc à 1/10), le 19 juin.

2e cautérisation le 3 juillet.

Le 6 juillet, Mme X... se fait hospitaliser pour métrorragies et fait un *avortement gémellaire* d'environ six semaines

Suites de couches légèrement fébriles au cours desquelles des indiscrétions permettent de supposer, avec très peu de chance d'erreur que l'intéressée se sachant enceinte a trouvé un moyen inédit de se faire avorter.

Toutes les *réactions inflammatoires*, annexistes et périmétrites constituent une contre-indications du traitement qui sera différé jusqu'à complet refroidissement des lésions.

L'indication du traitement est simple :

toute endocervicite chronique est justiciable d'une application de Filhos, quelle qu'en soit l'étiologie : (gonococcique, puerpérale ou mixte), quelle qu'en soit la variété clinique : métrite avec ectropion à gros col déformé béant des multipares, métrites des nullipares avec col conique, orifice étroit ou bien métrites compliquées de polypes muqueux.

CHAPITRE II

Nous en arrivons maintenant à la description de la technique du Dr. Pouliot. Disons avant d'entrer dans les détails du sujet que les buts qu'il se propose sont tout d'abord d'éviter l'atrésie du col en limitant l'action du caustique par la neutralisation et le lavage de la bouillie de chaux et de potasse, qui demeure dans le col après la cautérisation et qui continue d'agir.

D'éviter ensuite les réactions inflammatoires d'abord et le repos imposé d'habitude après les cautérisations, en réduisant celles-ci au strict minimum et en les espacant le plus possible.

Nous verrons plus tard toute l'importance qu'attache le Dr. Pouliot à ces trois caractères : réduction et espacement des séances, et limitation de l'action caustique par neutralisation et lavage.

De nombreux ouvrages ont donné des descriptions de la techique du Filhos, nous verrons en quoi celle que nous allons décrire diffère des techniques classiques.

Les méthodes les plus répandues sont celles em-

ployées actuellement à l'ancienne consultation de M. Siredey à St-Antoine et à Broca à la consultation de gynécologie dirigée par M. Douay dans le Service du Pr. J. L. Faure.

On trouve la description de la technique de M. Siredy dans le « traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale », publié en collaboration avec M. le Pr. J. L. Faure.

M. Guillemin, dans sa thèse, donne un exposé complet de la méthode de M. Siredey. Par la suite, dans des articles ultérieurs (La Médecine 1927 et le Journal de Médecine et de Chirugie 1923). M. Guillemin apporte quelques modifications à la technique qu'il a décrite en 1920.

M. Douay qui a fait paraître différents articles sur le sujet (Journal Médical Français 1926) a inspiré deux thèses à propos du traitement de l'endocervicite : celles de M. Klein et de Mlle Cordier.

Ces auteurs sont d'accord sur l'instrumentation requise pour exécuter une cautérisation. Celle-ci se fera sur une table d'examen, en position gynécologique. On emploiera le spéculum de Colin avec lequel on a une bonne vue et on travaille facilement.

Dans les cas d'antéversion marquée, il sera indiqué de se servir d'un spéculum à valves inégales comme celui de Larroyenne.

On aura à se servir d'une pince à col à deux dents d'une pince de Museux et de portes-cotons filetés qui peuvent être remplacés économiquement par des rayons de bicyclette. Le Dr. Pouliot se refusant

à toute dilatation préalable proscrit formellement les bougies de Hégar, réclamées par M. Guillemin.

La question des soins pré-opératoires prête à discussion. La plupart des auteurs sont d'accord pour donner une injection avant la cautérisation.

— « Après l'injection de rigueur » dit Richelot...

— « Le col étant bien découvert au moyen du spéculum lavé et aseptisé, selon les règles », écrit M. Siredey.

— « Après une injection d'eau bouillir, la femme est placée en position gynécologique ». (Thèse de M. Klein).

— « Après une injection d'eau bouillie et l'application du spéculum » (Thèse de M. Guillemin).

Aucun de ces auteurs ne donne d'ailleurs le moindre argument en faveur de l'injection fatidique.

A la consultation de Gynécologie de Port-Royal cette injection est absolument réprouvée et l'on opère dans « un milieu rigoureusement sec », pour éviter les coulées de bouillie caustique en dehors du col.

D'ailleurs, M. Klein et Mlle Cordier conseillent, l'assèchement du vagin.

Il sera donc recommandé, avant la cautérisation de passer sur les parois du vagin un tampon de coton, une bonne pratique consiste à vider le col des glaires qu'il peut contenir en l'exprimant au moyen des valves du spéculum. La cavité cervicale sera nettoyée à l'aide d'un porte-coton, quand elle secrète une grande quantité de glaires il est indiqué de tremper celui-ci dans l'alcool à 90°.

Pour la cautérisation proprement dite, les difficultès varieront suivant que l'on a affaire à des cols béants ou à des cols à orifice serré.

Envisageons d'abord le cas le plus facile et supposons que l'on ait à traiter un gros col de multipare.

A l'exemple de Richelot qui le premier conseilla cette précaution : M. Guillemin, M. Douay, M. Klein et Mlle Cordier prescrivent avant de cautériser, de placer un tampon de coton dans le cul-de-sac postérieur afin de protéger celui-ci contre les coulées de caustique qui peuvent se produire pendant l'opération. On ne devra s'affranchir de cette pratique que si l'on a une grande expérience des cautérisations et que si l'on est absolument sûr de sa technique, en tout cas, il vaudra mieux s'y soumettre que de risquer des brûlures de la muqueuse, du vagin particulièrement fragile.

On maintiendra ensuite solidement le col à l'aide d'une pince à deux dents en le saisissant généralement par sa lèvre supérieure.

Le crayon de Filhos sera fixé par sa palette de plomb entre les mors d'une pince de Museux. Auparavant, s'il est neuf, on l'aura débarrassé de ses enveloppes de paraffine et de gutta ; s'il est usagé et dans ce cas, son activité est plus grande), on le frottera avec une compresse trempée dans l'alcool à 90° pour le dépouiller de la croute blanche d'hydrate de chaux mêlé de potasse qui se forme au contact de l'air, on s'assurera qu'il n'est pas trop usagé, rendu friable et qu'il ne risque pas de s'en

détacher des fragments susceptibles de demeurer dans la cavité cervicale et d'y causer de profondes brûlures.

Doit-on maintenant avant de cautériser la muqueuse du canal cervical commencer par s'attaquer à l'ectropion formant hernie hors de l'orifice externe ?

M. Guillemin en est partisan, ainsi que M. Klein et Mlle Cordier conseille de débuter par appliquer la caustique sur les ulcérations du museau de tanche.

Le Dr Pouliot juge inutile et dangereux de cautériser d'emblée l'ectropion. En effet, le maximum de risques de rétractions cicatricielles siège au niveau de l'orifice externe qui est parfois difficile à délimiter sur ces gros cols ectropionnés ; de plus, cet ectropion se trouvera souvent réduit de lui-même après une première cautérisation.

On introduira donc franchement le crayon à l'intérieur du canal cervical, en évitant de forcer, si l'on éprouve une résistance on exécutera avec douceur un mouvement de vrille en tâchant, dès la première cautérisation, d'atteindre l'orifice interne.

Combien de temps doit durer la cautérisation ?

Il n'y a pas de règle fixe à ce sujet, l'action du Filhos variant d'abord suivant son état, ensuite suivant la plus ou moins grande épaisseur de la muqueuse et l'abondance de ses secrétions.

Richelot le premier disait : « Je ne cautérise pas montre en mains, je cautérise en regardant et je m'arrête quand l'escharre est faite ».

M. Guillemin ajoute : « Le but du traitement est de faire une escharre ; il faut et il suffit qu'elle existe ». et encore « il faut limiter la durée du contact en constatant l'effet produit ».

M. Douay fixe la durée d'application à 10 ou 15 secondes, son élève M. Klein a écrit : « Le Dr. Douay nous dit qu'il faut compter jusqu'à 50 environ ».

Avec un peut d'expérience, on acquiert rapidement la notion exacte du temps qu'il convient de laisser agir le caustique, on s'arrêtera lorsque la région cautérisée devient noirâtre et un peu sanguinolente, une teinte brune ne suffit pas. Mais, dans les premiers temps, il vaux mieux cautériser trop timidement que trop énergiquement.

Pendant la durée de l'opération, on surveillera avec soin qu'il ne s'écoule du col des glaires chargés de caustique, susceptibles de causer des escharres de niveau du cul-de-sac postérieur. Dans ce cas, sans retirer le Filhos, on neutraliserait immédiatement cette coulée avec un porte-coton imbibé d'acide.

Jusqu'ici, nous avons envisagé le cas de gros cols béants, facilement accessibles.

Examinons maintenant la conduite à tenir si l'on a affaire à un *col de nullipare*, à orifice externe étroit, ne permettant pas l'introduction du crayon caustique.

Devra-t-on dilater préalablement ce col pour permettre le passage du Filhos ?

M. Guillemin, ainsi que M. Douay considère l'emploi des laminaires comme un procédé exceptionnel, et prescrit aux malades l'alitement pendant la durée d'application de la laminaire.

Je n'ai jamais vu employer la dilatation à Port-Royal ce procédé pouvant présenter des dangers sérieux même avec une laminaire souple. Il peut, en effet, sous l'influence de la dilatation, se produire des fissures, qui permettront au caustique de gagner la couche musculaire, produisant ainsi fatalement une atrésie.

Si l'emploi de la laminaire est dangereuse dans certains cas, la dilatation métallique employée par Netter et Mouchotte, doit être absolument proscrite.

En l'absence de dilatation, comment traîter un canal cervical à orifice étroit ?

M. Guillemin tournera le difficulté en faisant pénétrer de plus en plus profondément un crayon de taille croissante, il lui faudra 3 à 4 séances pour atteindre l'orifice interne du canal. En effet, au cours de la première cautérisation, il cherche seulement à élargir l'orifice du col à l'aide du caustique pour pénétrer plus facilement lors des applications suivantes.

M. Douay, désireux de réduire le nombre des applications cherche dès la première séance à cautériser toute la surface du canal cervical.

On peut réduire le caustique en le taillant ou en le frottant avec une compresse humide.

M. Douay redoute qu'un tel crayon devienne friable et que ses parcelles causent de profondes escharres. Il préfère de beaucoup se servir dans ces cas de coton imprégné de caustique.

Dans sa thèse, M. Klein conseille d'employer un hystéromètre garni d'ouate que l'on imprègne de pâte escharotique.

Dans ce cas, nous nous sommes toujours servi d'un porte-coton ; on proportionne le volume du coton au diamètre du col et sa longueur est de 3 centimètres environ.

Après avoir trempé le coton dans de l'eau stérile, on frottera celui-ci à la surface d'un crayon usagé jusqu'à ce qu'il prenne une coloration verdâtre, on l'introduira alors facilement dans le col, non sans l'avoir au préalable essoré dans une compresse et on cautérisera jusqu'à coloration noire. Il faudra se méfier des coulées caustiques plus fréquentes dans ce cas qu'avec le crayon et être toujours prêt à les neutraliser au fur et à mesure qu'elles se produiront.

Quel que soit le diamètre de l'orifice externe, on voit donc qu'on doit pouvoir arriver à pratiquer une cautérisation et à détruire la muqueuse malade avec formation d'une escharre.

Cette escharre produite et le résultat cherché étant atteint le rôle du médecin doit-il s'en tenir là ?

Le Dr. Pouliot attache une importance prépondérante aux soins qui suivent une cautérisation et qui seuls lui permettent d'éviter à coup sûr toute sténose cicatricielle.

Voyons d'abord quelle place tenaient les soins post-opératoires dans les anciennes techniques. Richelot père terminait toujours ses cautérisations par un lavage.

En 1879, Courty d'ailleurs opposé au Filhos ne disait-il pas « outre la nécessité de laver les surfaces à grande eau ».

Richelot fils ne voyant probablement pas la nécessité de ce lavage le supprime de sa technique.

M. Siredey n'y a pas recours non plus que M. Guillemin qui se contente « d'essuyer l'intérieur de la cavité cervicale avec des tampons de coton hydrophile légèrement humides ». Pour enlever l'excès de la bouillie sanguinolente et caustique.

Après quoi, il applique un pansement à la glycérine ichtyolée.

Dans sa thèse, Melle Cordier prescrit « d'enlever soigneusement dans la cavité cervicale et sur le museau de tanche l'excès de bouillie caustique à l'aide de compresses ou de petits tampons d'ouate hydrophile, et cela pendant et après la cautérisation.

Même recommandation dans la thèse de M. Klein (p. 49) « après la cautérisation, il faut enlever l'excès de caustique au niveau de l'orifice externe avec un peu de coton ».

M. Cabaille se contente après une cautérisation d'appliquer un pansement à la glycérine ichtyolée.

Or, il est illusoire d'espérer par ces tamponnements limiter la pénétration du caustique. En effet, on ne peut superposer une cautérisation chimique à la

chaux et à la potasse à celles produites par la diathermie ou l'électricité dans lesquelles l'action escharrifiante cesse dès l'interruption du courant.

Le caustique de Filhos une fois retiré laissera à l'intérieur de la cavité cervicale un mélange de chaux et de potasse dont l'action se poursuivra en dehors de tout contrôle.

Le tout n'est pas de produire une escharre, il faut encore limiter l'action du caustique à la production de cette escharre et ne pas laisser dans le col une bouillie caustique susceptible de dépasser la muqueuse pour s'attaquer à la musculeuse.

C'est à quoi s'applique le Dr Pouliot qui, s'inspirant de la suggestion du Professeur Paucot pratique d'abord un badigeonnage des surfaces cautérisées à l'acide acétique afin de transformer en acétates inertes la chaux et la potasse résiduelles.

Cette neutralisation effectuée, il pratique un lavage copieux du col, qui a pour double but d'abord de balayer et d'entraîner les particules caustiques qui auraient échappé à la neutralisation et pourraient continuer leur rôle destructeur, et corroder la muqueuse en profondeur, et ensuite de dissoudre les sels neutres formés au contact de l'acide acétique.

Selon la comparaison souvent employée par le Dr Pouliot : une application de Filhos peut être assimilée aux travaux photographiques.

Après le développement du cliché, ou le virage de l'épreuve, il faut opérer le fixage puis le bain. Le fixage sera ici la neutralisation des particules caus-

tiques et leur transformation en sels inertes, le bain sera le lavage qui entraînera ces sels solubles mis doublement ainsi dans l'impossibilité de continuer leur action.

On ne commence donc aucune cautérisation sans avoir à portée de la main un flacon soit d'acide acétique à 10 %, soit d'une solution saturée stérilisée d'acide tartrique (moins styptique et mieux supporté) soit encore d'acide lactique à 10 % (ainsi que le préconise M. Le Lorier) dans lequel trempera un porte-coton monté.

On s'assurera également d'avoir tout préparé, un bock à injection muni d'une canule en verre effilé et contenant un demi-litre d'eau bouillie tiède.

L'acide servira d'abord, ainsi que nous l'avons vu à neutraliser les coulées qui peuvent se produire au cours de la cautérisation et qu'on neutralisera au fur et à mesure avec le porte-coton imbibé d'acide.

Dès que le crayon est retiré du col, on portera immédiatement le porte-coton à l'intérieur de la cavité cervicale et on badigeonnera soigneusement l'escharre au niveau de tous les points où s'est appliqué le Filhos.

Le lavage succèdera immédiatement, on en dirigera le jet dans la cavité cervicale, sous une pression suffisamment forte. Il ne reste plus qu'à assécher le vagin, badigeonner la surface du col au mercurochrome et faire un pansement sec, surtout utile si le col saigne.

Le meilleur pansement consiste à faire une sorte

de Michulickz vaginal (qui évite l'irritation de la vulve par la ficelle des pansements habituels), pour ce faire, il suffira de tasser des morceaux d'ouate dans une compresse déployée introduite la première.

Nous verrons dans la deuxième partie de cet ouvrage les résultats obtenus par le Dr Pouliot grâce à l'application de cette technique qui réalise absolument le Filhos inoffensif.

Sur près de 2.000 cautérisations effectuées depuis 10 ans environ, il n'a jamais eu d'accidents sérieux, les grossesses survenues après les cautérisations, se sont développées normalement et n'ont jamais donné lieu à des dystocies lors de l'accouchement.

Il nous reste à préciser le *nombre des cautérisations* et les soins ultérieurs qui nécessitent les applications de Filhos.

Le rythme des cautérisations a un rôle primordial au point de vue non seulement de l'efficacité du traitement, mais des possibilités de réactions inflammatoires, dont le caustique est tenu pour responsable.

Richelot qui, ainsi que nous l'avons dit, donna le premier une technique du Filhos, disait :

« La cautérisation est renouvelée chaque semaine. « On peut le faire plus souvent, tous les cinq ou six « jours, mais cela n'avance guère. Il faut plusieurs « jours pour que l'escharre se détache et il est bon « qu'elle soit détachée avant d'exercer une action « nouvelle. »

« Le nombre des cautérisations varie de dix à « douze au maximum dans les cas les plus rebelles. »

Dans sa thèse de 1920, M. Guillemin donne comme chiffre moyen 4 à 5 cautérisations et 8 comme maximum qu'il ne faut pas dépasser.

Dans son article sur le traitement des métrites cervicales chroniques (*La Médecine*, 1927) M. Guillemin réduit le nombre des cautérisations à 3 ou 4, 5 tout au plus dans les cas de métrites invétérées, ces cautérisations étant espacées de 8 à 10 jours chacune.

Dans sa thèse, Mlle Cordier a écrit que pour M. Douay la moyenne des cautérisations est à peine de 3 et qu'il les espace d'au moins 3 semaines pour attendre la réparation des surfaces cautérisées.

M. Klein (Thèse 1929) réduit cet intervalle à 7 à 10 jours et pratique 3 à 4 cautérisations (il indique le chiffre de 8 cautérisations comme un maximum à ne pas dépasser).

M. Bastien (Thèse de Paris 1928) également ne dépasse pas 3 à 4 cautérisations.

M. Cabaille (Thèse de Paris 1931) va jusqu'à 4 cautérisations et ne laisse qu'un intervalle de 10 jours entre chacune d'elles.

Enfin dans l'*Hopital* de 1932, à propos du traitement des métrites, M. Davide écrit qu'il pratique 2 cautérisations par semaine, et il compte 2 à 3 semaines de traitement.

Nous voyons donc à quel point les opinions divergent sur le rythme des cautérisations et le nombre de celles-ci.

D'après son expérience personnelle, le Dr Pouliot nous a enseigné que l'efficacité du Filhos est consi-

dérablement accrue si l'on a soin d'espacer largement les cautérisations.

Et non seulement l'efficacité est plus grande, mais les risques d'accidents, particulièrement de sténose, sont notoirement diminués et les cautérisations bien mieux supportées par les malades. C'est ainsi que dans les cas de métrite légère, si l'on impose à la malade une attente de 6 semaines après une première cautérisation, on s'aperçoit qu'une deuxième application est devenue inutile.

Dans les cas moyens, on laissera passer 3 semaines après une première cautérisation, ce temps sera doublé dans les cas légers.

Entre une deuxième et une troisième cautérisation, il faudra laisser également un délai de 6 semaines.

En prenant ces précautions, la statistique du Dr Pouliot donne les résultats suivants : sur cent cas pris au hasard parmi des métrites récentes, anciennes, chroniques ou subaiguës, d'origine gonococcique, puerpérale ou mixte :

80 % guérissent avec 2 cautérisations ;
15 % guérissent avec 1 cautérisation ;
5 % guérissent avec 3 cautérisations.

Nous voyons donc tout l'intérêt qu'il y a à patienter le plus longtemps possible entre deux cautérisations et qu'on arrive ainsi à guérir 95 % pour des métrites avec un maximum de 2 *cautérisations*.

Ici se pose une importante question : sur quoi se basera-t-on pour décréter guérie une métrite cervi-

cale et pour considérer comme inutile l'application d'une nouvelle cautérisation ?

« C'est affaire de tact et d'expérience », disait Rouchelot. Mais tact et expérience ne sont guère des points de repaire et sont de plus fort sujet caution.

M. Guillemin comble cette lacune et avec « l'épreuve de la pince » il nous donne un excellent critérium de guérison : Voici comment il décrivit lui-même cette épreuve :

« Lorsque toutes les glandes de la muqueuse « endocervicale ont été détruites, la cavité cervicale « ne doit contenir aucune sécrétion glaireuse. Ce ren- « seignement précis sera recherché par la petite « manœuvre suivante qu'on pourrait appeler l'é- « preuve de la pince. Une petite pince à pansement, « introduite fermée sera poussée doucement dans « la cavité cervicale, aussi loin que possible, puis « écartant les branches, on exercera une certaine « pression sur les parois de la cavité qui seront ainsi « exprimées, dans un troisième temps, on refermera « la pince, ramenant ainsi la secrétion. Si donc la « cavité ne laisse transsuder, aucun sécrétion glai- « reuse, dont l'aspect caractéristique est de se laisser « étirer, à l'écartement de la pince, on peut être as- « suré que toute la muqueuse endocervicale est « détruite ».

L'épreuve de la pince, en dehors des renseignements visuels qui peuvent être infidèles, est donc un excellent contrôle de la guérison d'une endocervicite.

Mais cette épreuve n'aura de valeur que si elle est pratiquée 6 semaines après la cautérisation qu'on estime devoir être la dernière.

En effet, si cette manœuvre est exécutée trop tôt après la cautérisation, on risquera d'en tirer des conclusions inexactes car la sécrétion glaireuse met un certain temps à se tarir, et souvent alors que 10 jours après une cautérisation, on jugera un col non suffisamment traîté, 6 semaines après, ce même col sera parfaitement asséché et restauré.

Don, il ne faudra jamais pratiquer l'épreuve de M. Guillemin moins de 6 semaines après une cautérisation, ce laps de temps écoulé, on pourra se fier complètement aux renseignements qu'elle donnera et décrèter soit la guérison et la cessation du traîtement, soit la nécessité d'une nouvelle application de Filhos.

Quelles prescriptions faudra-t-il faire aux malades dans l'intervalle des cautérisations ? et sera-t-il nécessaire de les obliger à un repos absolu ou relatif ?

Nous avons déjà vu l'opinion de M. Guillemin à ce sujet, celui-ci après avoir commencé par réclamer le repos pendant toute la durée du traitement, n'exige plus maintenant qu'un alitement de 4 jours.

Si les annexes n'ont pas été touchées, M. Klein ne prescrit le repos absolu que le jour de la cautérisation, mais en cas de lésions annexielles antérieures, il juge indispensable d'exiger le repos absolu pendant la période des cautérisations avec un lever de quel-

ques heures seulement, le 8e jour après la cautérisation.

M. Cabailles dans sa thèse a écrit « la femme « pourra rentrer chez elle en voiture, mais pour « garder le repos absolu au lit ».

Nous lisons également dans Paris-Médical « il est « tout-à-fait souhaitable que la malade observe « pendant toute la durée du traitement un repos « quasi-absolu ».

Le Dr. Pouliot n'a pas de pareilles exigences. Il a seulement soin d'attendre la résolution parfaite des lésions chez les femmes ayant présenté des poussées annexielles, on n'a d'ailleurs dans aucun cas intérêt à les traiter avant le refroidissement absolu de leurs lésions. Il se contente uniquement de pratiquer les cautérisations en fin de journée aux malades de ville, et à recommander aux malades d'hôpital d'éviter de se livrer à des travaux trop fatigants le jour même de la cautérisation.

Bien que ces recommandations ne soient pas suivies dans un grand nombre de cas, il n'observe qu'exceptionnellement des poussées réactionnelles au niveau des annexes. Les seuls incidents que nous ayons observés, très rarement d'ailleurs, furent des poussées inflammatoires, sans gravité avec douleurs abdominales et léger empâtement latéral au toucher, ces réactions ne durèrent jamais plus d'une semaine environ et guérirent toujours avec des injections et des suppositoires à l'onguent mercurial belladonné que prescrit dans ces cas le Dr. Pouliot.

On ne peut manquer d'être frappé par la parfaite tolérance des malades pour le Filhos, malgré qu'elles ne s'astreignent à aucun repos spécial et de rapprocher ces faits à la limitation de l'action caustique obtenue après la cautérisation par les badigeonnages à l'acide et l'injection finale.

« Est-il nécessaire de prescrire des soins spéciaux dans l'intervalle des cautérisations et de soumettre les malades à une surveillance médicale suivie ?

Richelot dans l'intervalle des cautérisations qu'il pratiquait toutes les semaines prescrivait une ou deux injections vaginales.

M. Guillemin se borne également à conseiller des injections vaginales pendant la durée du traitement, lorsque celui-ci est terminé et le nombre de cautérisations jugé suffisant, à ce moment il convie ses malades tous les dix jours et après un badigeonnage à la teinture d'iode, il cathétérise le col avec des bougies de Hégar du n° 2 au n° 5.

Cette pratique qui a pour but d'éviter l'atrésie, est surtout utile d'après M. Guillemin entre le vingtième et le trentième jour. Dans l'intervalle de ses cautérisations, qui est de 3 semaines. M. Douay pratique au moins une fois un pansement picriqué pour stimuler la cicatrisation.

Le Dr. Pouliot convoque ses malades tous les 10 jours autant d'ailleurs pour surveiller la chute de l'escharre et la réparation des surfaces cautérisées, que pour donner confiance aux malades souvent

affectées par les écoulements sanglants qui se produisent après les cautérisations.

Les soins que l'on prescrira et pratiquera à chaque visite auront pour but de préserver l'escharre contre les infections secondaires, d'en hâter la chute, d'activer ensuite la réparation de la muqueuse, d'éviter que cette réparation ne devienne trop exubérante et n'oblitère l'orifice externe par un bourgeon ou un voile épithélial.

On y arrivera en prescrivant aux malades une injection quotidienne de 2 litres d'eau bouillie tiède, dans laquelle il sera versé une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Sulfate de cuivre.....	6 gr.
Eau distillée	300 gr.

En cas de sécrétions irritantes et de prurit vulvaire on remplacera la solution au sulfate de cuivre par :

Hydrate de chroral.....	20 gr.
Eau distillée	300 cm³

A chaque visite de la malade on pratiquera un badigeonnage du col avec un coton monté trempé dans une soluton de mercurochrome à 2 %.

Si après la chute de l'escharre, la muqueuse n'a aucun tendance spontanée à la réparation (dans ces cas, il s'agit en général de malades ayant dépassé la ménopause), on prescrira des ovules kératoplastiques à l'aristol, l'iodéol ou l'inothyol.

Si au contraire, la muqueuse pousse des bourgeons trop exubérants, on pratiquera un badigeonnage énergique avec un porte-coton tassé imbibé de chlorure de zinc au 1/10 qu'on introduira dans le col par un mouvement de vrille. Si l'on constate ; malgré cette précaution une tendance à l'agglutination de l'orifice externe, il sera bon de faire suivre le pansemment d'un cathétérisme aux bougies de Hégar. Au lieu d'employer les bougies cylindriques n° 2 à n° 6, il sera plus aisé de se servir pour ce calibrage, de bougies cylindro-coniques, chacune correspond à 3 numéros de la filière de Hégar, par exemple, dans la bougie 2/4, l'extrémité distale correspond au n°2 et l'extrémité proximale au n° 4.

Les 3 numéros de bougies cylindro-coniques qui sont nécessaires et suffisantes pour pratiquer un bon calibrage, sont les bougies numérotés 2/4, 3/5, 4/6. Il sera toujours bon de tremper ces bougies dans l'huile goménolée avant de s'en servir.

Pendant la durée du traitement, il pourra être indiqué de conseiller un tonique et surtout un récalcifiant car la leucorrhée est un gros facteur de déperdition calcique.

Supposons maintenant le traitement terminé, après deux cautérisations par exemple, la malade est guérie ; c'est-à-dire que 6 semaines après, cette deuxième cautérisation, l'épreuve de la pince est négative, supposons le col normal, non agglutiné dans ce cas, l'on ajournera la malade à deux mois et on la convoquera dans les jours qui suivent ses règles.

A cette visite de controle on vérifiera d'abord soigneusement par le toucher l'état des annexes, ensuite on examinera le col. On pourra alors constater soit la guérison complète, l'apect rosé du museau de tanche, l'asséchement du canal cervical, soit différentes anomalies dont il ne faudra pas s'inquièter.

En premier lieu, et tout à fait *exceptionnellement*, l'épreuve de la pince sera positive (cette éventualité est impossible si l'épreuve de la pince a été correctement exécutée la première fois).

Dans ce cas, le traitement n'est pas terminé, il faudra pratiquer une nouvelle cautérisation.

Le col peut-être quelquefois plissé, brillant, avec un orifice externe punctiforme, déprimé. De tels cols n'ont rien qui doit inquiéter le médecin, ils se dilatent en général très facilement lors d'un accouhcement ultérieur.

Pour plus de sureté, on pratiquera un recalibrage aux bougies cylindro-coniques, ce recalibrage sera en général très facile, le col sera très perméable aux bougies.

Il peut aussi persister, le canal cervical étant guéri et la malade n'ayant plus de pertes, quelques zones rouges et dépolies d'exocervicite sur les lèvres du museau de tanche. On les traîtera par prudence par quelques attouchements à un topique fort par exemple au chlorure de zinc au 1/10 ou mieux à l'acide chromique chimiquement pur au 1/10, si l'on emploie ce dernier topique on ne manquera pas, après le

badigeonnage de pratiquer un lavage abondant des surfaces traitées.

Quelquefois et toujours tardivement on remarquera sur le col des petites taches rouge vif, légèrement saillantes, leur aspect les fait ressembler aux noevi-rubi des hépatiques, leur nature histologique est la même. Pour les faire disparaître, il suffira de les toucher avec une pointe de galvanocautère.

CHAPITRE III

Il nous reste à exposer dans ce dernier chapitre les résultats obtenus par le caustique de Filhos, employé suivant la méthode décrite dans ce travail.

Tout d'abord, insistons sur le fait que sauf erreur de technique, la guérison de la métrite est définitive. En effet, si l'on a eu soin d'espacer les séances et si l'épreuve de la pince a été correctement effectuée il n'est jamais observé de rechute. Pour ce faire, il faudrait qu'un ilot de muqueuse malade ait échappé à une cautérisation trop timide, dans ce cas, les sécrétions issues de ce point pourraient réinfecter le canal et il faudrait pratiquer une nouvelle cautérisation.

Les réinfections sont très rares, le col qui a été malade et traité est beaucoup mois sensible qu'un col neuf et il faudrait le contact de gonocoques particulièrement virulents pour déterminer une autre métrite. De même après un accouchement, ce ne serait qu'en cas d'infection sévère que le col serait touché.

Pour ce qui est de l'avenir obstétrical des malades, nous verrons d'après les statistiques qui vont suivre que le Dr. Pouliot n'a jamais observé de dystocies

imputables à une sténose consécutive aux cautérisations.

Tous les accouchements des femmes traités antérieurement au Filhos furent parfaitement normaux, seuls furent observés quelques rares incidents consistants en agglutination du col, dont on vint facilement à bout par la simple introduction du doigt dans l'orifice cervical.

Ci-dessous, une observation recueillie à la Maternité de Port-Royal d'une opération de Delmas exécutée chez une femme ayant été traitée au Filhos :

Observation n° 4. — *Opération de Delmas chez une femme ayant subi deux cautérisations au Filhos (Maternité de Port Royal).*

Mme Gr... primipare âgée de 33 ans vient consulter à la Maternité de Boucicaut en juillet 1930. Elle est reconnue atteinte de métrite, avec large ulcération du col et traitée selon la technique habituelle par deux applications de caustique de Filhos.

Après ces cautérisations et les soins consécutifs elle cesse en mars 1931 de fréquenter la consultation et est perdue de vue, jusqu'en février 1932 ou elle revient consulter à la Maternité, étant pour la deuxième fois enceinte.

Les dernières règles remontent au 2 octobre et la gestation se poursuit normalement jusqu'au 15 juin 1932 où son état général médiocre joint a un hydramnios marqué et à un défaut d'accomodation fœtale la fait admettre dans le service.

Transportée à la salle d'accouchement le 30 juin à 5 heures 30 pour un début de travail, elle y reste en observation sans incident jusqu'à 21 heures 30, où elle commence

de perdre du sang. On constate alors une présentation du siège décomplète avec hydramnios.

Les pertes s'étant répétées dans la nuit en augmentant d'importance, la rupture large des membranes à travers un col à peine dilaté (1 fr.) est pratiquée le 1er juillet à 4 h. 10 : quantité considérable de liquide amniotique (2 litres 1/4).

Dans le courant de la matinée les pertes s'aggravent malgré la rupture prématurée des membranes On décide l'évacuation immédiate de l'utérus par procédé de Delmas après une transfusion sanguine préalable de 350 cm³.

L'opération est pratiquée à 11 h. 20 par le Dr. Mayer, aide de clinique. Soustraction de 10 cm³ de liquide céphalo-rachidien dont 5 sont employés à dissoudre la scurocaïne cristallisée puis réinjectés.

L'anesthésie obtenue la dilatation digitale du col est poussée facilement jusqu'à libre pratique.

Abaissement facile du 1er pied, difficile du second. L'extraction est faite très lentement, et d'ailleurs sans difficulté. Le fœtus, du sexe masculin du poids de 3.630 naît en état de mort apparente et ne peut être ranimé.

Au cours de la délivrance artificielle pratiquée immédiatement, on constate qu'on avait affaire à un placenta marginal.

Le vagin et le col sont vérifiés d'autant plus soigneusement par le Dr. Mayer que celui-ci avait été prévenu du traitement antérieur par application de Filhos.

L'intégrité de l'un et de l'autre est constatée.

Les suites de couches n'ont donné lieu à aucun incident d'origine utérine et la malade a quitté le service le 16e jour.

D'une manière générale, nous savons que la difficulté de la dilatation digitale du col rend parfois

difficile l'exécution de l'opération de Delmas. Or, ainsi que nous l'avons vu, la femme de l'observation précédente dont la métrite avait été traitée par deux applications de Filhos, avait conservé un col parfaitement souple qui s'est laissé facilement dilaté.

Nous ne pourrons mieux conclure qu'en exposant les statistiques personnelles que le Dr. Pouliot a bien voulu nous communiquer.

Les sources de cette statistique sont au nombre de trois :

1° *Consultation hospitalière* : Maternité de Boucicaut du 1er mars 1927 au 1er janvier 1932, d'abord puis Maternité de Port-Royal en 1932.

Les changements de services d'une part, la très grande mobilité des malades d'autre part n'ont pas permis d'établir une statistique globale. Mais dans toute la période considérée, il n'a été observé à la Maternité de Boucicaut *aucun* cas de dystocie chez des femmes ayant été traitées à la consultation du service.

2° *Clinique privée* : au centre de Diagnostic-Médical, 1 rue Andrieux. La période d'observation s'étend ici du mois de décembre 1921 au mois d'octobre 1932. 382 malades ont été traitées au Filhos durant cette période.

Sur ces 382 malades :

48 ont subi 1 cautérisation
313 ont subi 2 cautérisations
17 ont subi 3 cautérisations.

Le nombre de femmes devenues enceintes après cautérisations s'élève à 28, il n'est évidemment pas question du « nombre de grossesses », certaines femmes étant devenues enceintes un plus ou moins grand nombre de fois successives, ce qui, au point de vue « sténose du col » est sans intérêt, Sur ce nombre, 3 grossesses ont été terminées par avortement.

Il reste donc 25 accouchements à terme, dont 6 ont été faite par le Dr. Pouliot, 16 par des sages-femmes sous son contrôle 4 accouchements ont eu lieu en province.

Tous ces accouchements furent *parfaitement normaux* sans accidents, ni incidents d'aucune sorte.

3° *Clientèle personnelle du Dr.* Pouliot : de 1920 à octobre 1932 :

Le nombre de cas traités au caustique de Filhos s'élève à 1.526.

Sur ces 1.526 malades :

231 ont subi 1 cautérisation
1223 ont subi 2 cautérisations
61 ont subi 3 cautérisations
9 ont subi 4 cautérisations
2 ont subi 5 cautérisations

107 femmes sont devenues enceintes après traitement.

Sur ce nombre, il faut défalquer :

8 grossesses en cours
1 grossesse extra-utérine
6 grossesses utérines terminées par avortement. au total 15 cas.

Il reste 92 grossesses menées à bien. De ces 92 gestantes après traitement : 1 a été perdue de vue, 3 ont accouché en province mais sous contrôle, 88 ont été accouchées par le Dr. Pouliot. Il n'a été constaté *aucun accident* et seulement 3 *incidents*.

Ces incidents consistèrent en deux agglutinations du col simples, qui furent traîtées, lorsque le diagnostic en fut posé, par le procédé classique de vrillage de l'orifice externe avec l'extrémité de l'index. Dans ces deux cas la dilatation s'est complétée très rapidement.

Le 3eme incident consiste en une agglutination du col d'un type particulier.

Le col ne s'était pas entièrement effacé il en restait environ 1 cm. et l'orifice externe semblait oblitéré comme dans l'agglutination simple. L'index fut (ou parut) insuffisant à assurer le traîtement, on le remplaça par une bougie cylindro-conique de Hégar n° 2/4. Dès qu'elle eut été introduite sous contrôle de la vue, après application du spéculum et fixation de la lèvre antérieure du col par une pince de Pozzi, l'opérateur put constater une dilatation presque instantanée du col l'orifice utérin atteignant rapidement les dimensions d'une pièce de 5 francs.

CONCLUSION

Il nous est possible de conclure que le caustique de Filhos reste un excellent traîtement de l'endocervicite chronique.

La méthode que nous avons décrite permet d'obtenir la cure radicale de la lésion en supprimant les possibilités d'accidents si souvent imputés au Filhos.

Cette méthode comporte trois caractérsitiques :

La réduction du nombre de séances ;

Leur espacement ;

La limitation stricte de *l'action caustique* par neutralisation et lavage.

Ces précautions permettent de traîter les malades sans exiger d'elles aucun repos spécial et sans leur faire courir le risque de poussées inflammatoires ou de dystocie ultérieure.

Dans le plus grand nombre de cas, il suffit de *deux séances* pout obtenir la guérison de l'endocervicite. Les statistiques que nous publions, qui portent sur

prés de 2.000 cas, nous permettent de conclure que dans l'endocervicite chronique, le caustique de Filhos représente un mode de traîtement, non seulement efficace, mais parfaitement inoffensif.

Vu :
Le Président de la thèse,
J. L. FAURE.

Vu :
Le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Bastien M. G. — *Diarthermie et Filhos, dans le traitement de la métrite blennorragique* (Thèse de Paris, 1928).

Basset et Poincloux. — Sur une nouvelle méthode de traitement des infections utérines... métrites du col (*Gynécologie*, juillet 1927, page 419).

Bath. — Endocervicitis its etiology, pathology and treatment (*California et West Médical*, 34 (April 1931) 25. P. 255-299.

Behney. — Treatment of endocervicitis by cauterization (S. *Clin. N. Amer.*, 6 février 1926, p. 109-111.

Berri. — Tratamento de la cervicitis cronica por el caustico del Filhos. Su resultado. Alguno inconvenientes (*Prensa Med. Argent*, 20 mai 1930).

Bizard et Rabut. — Cryrthérapie utérine — *La Médecine*, avril 1923.

Cabaille. — *Les étapes du traitement de la métrite cervicale chronique* (Thèse de Paris 1931).

Cathelin. — Diverses conceptions dans le traitement des métrites chroniques (*Monde Médical*, n° 578, 15 décembre 1920, page 428.

Chagavat. — Guérison des métrites externes (*Le Courrier Médical*, n° 47 du 24 novembre 1929).

Chalier. — *Sur le traitement ambulatoire des métrites cervicales chroniques par les cautérisations au Filhos.* (VIIe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Bordeaux 1, 2, 3 octobre 1931.

CAMPBELL. — Endocervicitis its prevention and early treatment by cautery (*J. Missouri M. A.*), p. 242 à 244, juillet.

CHASSERIAUX. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les métrites subaiguës (*Gazette hebdomadaire des S. Médicales*, 13 janvier 1929, p. 21.

CHENILLEAU et PAGES. — Traitement des métrites chroniques du col de l'utérus par la diathermo-coagulation (*Pres. Therm. et Climat.*, 70 — mars 1929, p. 162).

COLAREMI. — Traitement moderne de la métrite (*Journal de Médecine de Paris*, septembre 1930).

COMAS CAMPS. — Sur le traitement des métrites chroniques (*Ass. Med.*, juillet 1926).

CORDIER Suzanne. — *Contribution à l'étude du traitement de la métrite cervicale, inflammatoire et chronique par le Filhos* (Thèse de Paris, 1925).

— Métrite cervicale inflammatoire chronique par la Caustique de Filhos. (*Bulletin Général de Thérapeutique*, 1926, p. 89).

COUVELAIRE. — Métrites chroniques (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1924, p. 409.

— Traitement des Métrites (Gynécologie, 1924)

— Résultats obstéticaux du traitement des métrites cervicales chroniques par les applications de Filhos. (*La Médecine*, avril 1925).

DANDINIAN. — *La cryothérapie dans les métrites du col.* (Thèse de Paris, 1925, n° 304).

DAVID. — Traitement des métrites (*L'Hopital*, 1932, p. 51 et 52).

DAUSSET, CHENILLEAU, TEDESCO. — Le traitement des métrites du col de l'utérus par la diathermo-coagulation (*Paris Médical*, octobre 1927).

DESNOYERS et FISCH. — Les lésions du col de l'utérus qui précèdent la rigidité secondaire (*Gynécologie*, 1923, p. 223).

DOUAY. — Infection gonococcique chez la femme, quelques considérations pratiques (*Journal Médical Français*, 11 mars 1926, p. 46).

— Gynécologie (*Les Consultations journalières*, Douin, éditeur).

Douay et Soimaru. — L'adénome du col de l'utérus (*Gynécologie obstétrique*, 1926).

Dubreuille. — Traitement médical des métrites du col, (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1927, p. 725-730).

Dupont. — Étude anatomique de deux cols traités au Filhos (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 12 mai 1924).

Fabre. — Le traitement de la métrite chronique du col utérin par le caustique de Filhos. (*Journal de Médecine*, 25 août 1922).

J. L. Faure et Siredey. — *Traité de Gynécologie Médico-chirurgicale*, 4e édit., Paris, 1928, p. 642).

Forgue et Massabuan. — *Traité de Gynécologie.*

Guillaume-Louis. — Le traitement des métrites cervicales (*Archives Med. Chir. de province*, Tour, 1926, p. 219-221.

Guillemin. — *Traitement des métrites cervicales chroniques par les cautérisations caustiques de Filhos* (Thèse de Paris, 1920).

— Résultats du traitement des métrites cervicales, catarrhales chroniques par les cautérisations intra-cervicales au caustique de Filhos (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, séance du 12 mai 1924).

— Sur le traitement des métrites cervicales chroniques par les cautérisations intra-cervicales au Filhos (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 1923, 10 juillet).

— Traitement des métrites cervicales chroniques et accouchements (*La Médecine*, 1927, p. 528).

W. F. Harriman. — Treatment of endocervicitis with actual cautery and électrocoagulation, (*Am. J. Obst et Gyn.*, 18 août 1929, p. 250-256).

Hartmann. — Traitement des métrites (*Journal des Praticiens*, 18 mars 1916).

— *Traité de gynécologie opératoire.*

Klein Eugène. — *Contribution au traitement de l'endocervicite chronique par la pâte escharotique de Filhos* (Thèse de Paris, 1929).

Le Reste. — *Des indications respectives des cautérisations au caustique de Filhos et de l'amputation du col dans les métrites cervicales* (Thèse de Bordeaux, 1932).

MACRON. — *Du caustique de Filhos dans les cervicites chroniques invétérées* (Thèse de Paris, 1930).

MATTERS. — *Non operative treatment of cervicitis M. J. Australia I*, 356 à 357, 15 mars 1930.

MOSSE. — Comment soigner une métrite chronique (*La Médecine Internationale*, avril 1928, p. 134).

MOUCHOTTE. — Traitement des métrites cervicales et de la stérilité dont elles sont cause (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1923, p. 167).

— *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, février 1927).

MULLER. — *Les métrites ulcéreuses chroniques et leur traitement* (1 volume thérapeutique, 1926).

MUZARD. — *Des cautérisations du col de l'utérus avec le caustique de Filhos dans leurs rapports avec la gestation et l'accouchement* (Thèse de Paris, 1923).

NETTER. — Traitement des métrites chroniques (*Monde Médical*, 15 avril 1931).

PAUCOT. — Traitement des métrites par le caustique de Filhos (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1925, p. 46).

PETIT. — Métrites du col et Néo-Filhos (*Archives Médic. Chir. de Provence*, 1924, p. 355.

POULIOT. — Notes pratiques sur le traitement des métrites du col par le caustique de Filhos (*La Clinique*, juillet 1927, p. 307).

— Le Filhos inoffensif, (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1929, p. 420).

— Le traitement sans danger des métrites du col par le caustique de Filhos (*La Médecine Internationale Illustrée*, novembre 1931, p. 408).

— Traitement « ambulatoire » des métrites chroniques du col par le Filhos inoffensif. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique* août 1931, p. 44).

SEGUY. — Métrites chroniques du col et stérilité (*Archives Méd. Française*, n° 4, avril 1931).

SIREDEY, CATHALA et DEVRAIGNE. — *Revue d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1924.

SIREDEY. — La métrite blénnoragique (*La Gynécologie*, décembre 1926.

— *Hygiène des maladies de femmes.*

VAUVERTZ. — Métrites chroniques et Filhos (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1924, p. 634).

VASSIESYLIVITC. — *Contribution au traitement des métrites cervicales* (Thèse de Bordeaux, 1920).

VERMELIN. — Lenteur de dilatation consécutive à l'emploi du caustique de Filhos (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1926, p. 512).

VIGNAL. — La diathermothérapie en gynécologie (*Journal Médical français*, avril 1927).

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. Bussière. — 30-3-1933.